Insieme, possiamo fare molto. E possiamo farlo subito.

Scelgo di sostenere la Fondazione Allegra Agnelli per la Ricerca sul Cancro ETS

☐ **mensile**

☐ **trimestrale (prelievo a marzo, giugno, settembre e dicembre)**

☐ **semestrale (prelievo nel mese di maggio e novembre)**

☐ **annuale (prelievo nel mese di .....)**

per un importo di:

☐ **€10** ☐ **€50** ☐ **€100** ☐ **altro importo € .....**

Desidero continuare a ricevere i notiziari e le comunicazioni della Fondazione:

☐ **Sì** ☐ **No**

DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE DEL CONTO

Nome/Cognome _____

Cod. fiscale _____

Data e luogo di nascita _____

Via _____ **n.** _____

CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Tel. _____ **Cell.** _____

e-mail _____

DOMICILIAZIONE BANCARIA/POSTALE

IBAN CIN ABI CAB N. Conto Corrente

I T

Ist. Bancario/Uff. Postale

_____

_____ ag. _____ n. _____

DELEGA DI PAGAMENTO

Autorizzo la Fondazione Allegra Agnelli per la Ricerca sul Cancro ETS a incassare l'ammontare della quota sopra indicata addebitandola sul conto corrente fino a revoca di quest'autorizzazione

Data _____ **Firma** _____

(Titolare del conto)